



LES ATELIERS D'ARCHIMEDE INSCRIPTION ETE 2014



ENFANT

Nom et Prénom : _____

Date et lieu de naissance : _____

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom et Prénom : _____

Adresse : _____

n° à joindre en cas d'urgence : _____

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) _____

VACCINATIONS

L'enfant est-il à jour des vaccinations obligatoires (DT Polio, BCG, Tétanos) oui non

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

ASSURANCES DE L'ENFANT

Compagnie :

Numéro de police :

Responsabilité civile

Individuelle accident

DROIT A L'IMAGE

J'autorise que mon enfant soit pris en photo ou en images. Ces photos pourront être utilisées à des fins de promotion sur les média suivants :

Journaux, télévision,...

Site internet de l'école ou de l'association

Je soussigné(e) ,.....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable présent à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature des responsables légaux

PIECES A JOINDRE

Semaine 1 / 2 / 3 / 4 / 5 (entourer les semaines choisies)

Le règlement correspondant aux semaines sélectionnées : *chèque à l'ordre de EP83*

attestation assurance responsabilité civile